

Lederen har ordet

For medlemmene kan det kanskje synes som om NNF siden den nordiske kongressen i august 2001 har ligget i dvale. Det har ikke vært noe årsmøte sent på høsten og ingen meddelelser fra styret på lang tid. Men dvale, absolutt ikke.



Styret har hatt møter hvor fremtidige aktiviteter har vært diskusjonstema. Enkelte av forslagene som har vært diskutert vil etter nærmere forberedelse bli lagt frem for medlemmene ved kommende årsmøte.

Kurs har vært et sentralt tema: Blant annet utvidelse av kursvirksomheten, eventuelt i form av regionale kurs, eller som et fast sommerkurs. Skrivekurs med det formål å øke kvalitet og kvantitet på nevropsykologiske publikasjoner er en aktuell problemstilling. For at deltagerne bedre skal kunne nyttiggjøre seg forelesninger på våre kurs har styret besluttet å be alle foredragsholdere om å oppsummere sitt stoff i kompendier.

Gjennom bl.a. årsmøter, web-siden og bulletinen har vår forening allerede bidratt til økt dialog mel-

lom stadig flere nevropsykologer. Styret vil nå ta initiativ til utvikling av en medlemsoversikt som gir informasjon om medlemmenes arbeidssted og interesser. Målet med dette er å muliggjøre økt kommunikasjon mellom medlemmer med tilsvarende interesser.

Den videre progresjonen i samarbeidet mellom de nordiske foreningene har vært diskutert. Ideen om felles normering av tester ble under Nordic 2001 bifalt av de nordiske land som et naturlig samarbeidsområde. Problemstillingen er imidlertid kompleks og nærmere gjennomtenking og spesifisering av realistiske samarbeidsprosjekter er nødvendig før foreningene igjen skal møtes under INS-møtet i Stockholm for videre diskusjon omkring relevante samarbeidsområder. Et annet eksempel på nordisk samarbeide er et forslag fra redaktøren av det svenske nevropsykologitidsskriftet om felles publisering i alle de nordiske landene av enkelte artikler og nyhetsstoff. Et spennende forslag som fortjener grundig diskusjon.

Videreutvikling av *Nevropsykologi* har også vært tema på styremøtene. Utgaven av *Nevropsykologi* du nå har i hendene innebærer en videreutvikling, med flere korte tema-artikler samt mange informa-

(Fortsetter på side 2)

Deadline for stoff til neste utgave: 1. september 2002

Innhold

Vurdering av egnethet for bilkjøring. Anne-Kristine Schanke	3-5
Affective Neuroscience. Stein Andersson	6-7
Memory Functioning in Schizophrenia and Major Depression. Nils Inge Landrø. <i>Sammendrag av doktorgradsavhandling.</i>	8-9
Nevropsykologiske endringer assosiert med apati etter traumatisk hjerneskade. Anne-Mari Bergedalen	10-11
MTA studien. <i>Review,</i> Grete Bryhn	12-15
Fra praksis: Yrkesvurdering ved vurderingsteamet Sunnaas sykehus: Intervju med Ole Eilertsen. Gro Strømnes	16-17
Nettressurser: Nyttige pekere til Internett. Sverre Andresen	18-19
Mental and behavioral Dysfunctions in Movement Disorders. <i>Internasjonalt symposium Montreal, Canada.</i> Astri J. Lundervold	20-22
INS-møte Stockholm, 24-27 juli - presentasjon av program. Jarl Risberg	22-24
Norsk Forum for Nevropsykiatri—et nytt faglig forum. Ivar Reinvang	26

Lederen har ordet...

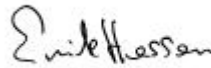
(Fortsatt fra side 1)

sjoner og nyheter fra det norske nevropsykologi-miljøet. Er det spiren til et nevropsykologisk tidsskrift som dukker frem?

Det kommende årsmøtet/årsmøtekurset blir arrangert på SAS-hotellet i Oslo i tiden 31. oktober til 2. november. Tema vil være nevropsykologiske aspekter ved psykiske lidelser. Kurset vil bli søkt godkjent som fritt spesialkurs og vil være relevant som vedlikeholdelseskurs i forhold til spesialitetene i klinisk psykologi. Terry Goldberg fra National Institute of Mental Health har takket ja til å være vår hovedforeleser. I tillegg vil det være forelesninger fra presidenten i American Neuropsychiatric Association Thomas McAllister samt forelesninger fra norske fagfolk. Nærmere program vil bli annonsert i august/september. I forkant av vårt

årsmøte vil Norsk forum for nevropsykiatri ha sitt årsmøte samme sted onsdag ettermiddag 30. oktober og formiddagen 31. oktober. Dels vil vi bruke de samme utenlandske forelesere, men deres tema vil ikke være overlappende med vårt.

Med henvisning til det som er nevnt ovenfor kan det trygt slås fast at foreningen ikke har befunnet seg i dvale de siste månedene. Vi ser nå frem til en lys årstid. Alle medlemmer ønskes god sommer og forhåpentligvis treffes mange av oss under INS-møtet i Stockholm i juli.



Redaktørens spalte



Solen skinner, fuglene synger og om kapp med de første vårblomstene har et nytt nummer av Nevropsykologi spirt frem.

Helt siden Nevropsykologis unnfangelse for 4 år siden har intensjonen vært å utvikle en bulletin som ved siden av nødvendig informasjon til NNFs medlemmer også kan by på relevant fagstoff. Det har vi fått inn en god porsjon av i dette nummeret. Skjønt fått (?) Vi må innrømme at vi har tigget ved dørene - men til gjengjeld er vi blitt svært godt mottatt overalt hvor vi kom og er vendt hjem med et velfyllt knippe - synes vi selv.

Vi savner likevel et større tilfang av bidragsytere. En uforholdsmessig stor andel av bidragsyterne til dette og foregående numre av Nevropsykologi sitter i NNFs styre. Det kan umulig være riktig at det nesten kun er styremedlemmene i denne foreningen som har noe fornuftig å fare med! I neste nummer ønsker vi oss

bidrag fra alle himmelretninger i landet. I "fra praksis" spalten som vi starter i dette nummeret håper vi å kunne gi et variert bilde av hva norske nevropsykologer jobber med. I bulletinen du nå leser i har vi fått et "snapshot" fra nevropsykologisk praksis på en stor og velkjent institusjon. I kommende numre håper vi også å få innblikk i nevropsykologers hverdag i mindre kjente virksomheter og med variert geografisk plassering. Ikke vær så beskjedne! Vi vet at det foregår mye spennende nevropsykologi rundt om i landet - vi har mye å lære av hverandre. Og husk at det som presenteres i nevropsykologi også leses av nordiske kolleger via våre nettsider. På ønskelisten har vi også temaartikler, reviews, bokanmeldelser og resymeer av gode fagartikler du har lest, som du har lyst til å dele med andre. Så kjære kolleger, ikke vent til neste deadline. Grip pennen mens solen ennå står høyt på himmelen. Vi i redaksjonen ser frem til neste nummer.




Nevropsykologi

Organ for

Norsk Nevro-

psykologisk

Forening

Redaktør:

Helen Haanes

Nevropsykologisk

poliklinikk.

Røde Kors Klinik, Fr. Stangs gt. 11-13,

0264 Oslo

Tlf: 22 541 155

Fax: 22 921 783

Mob 926 63 509

Redaksjons-

komite

Sverre Andresen

Knut Hestad.

Gro Strømnes

nevropsykologi@nevropsyk.org

Opplag:

250

Trykk:

Designtrykkeriet



Vurdering av egnethet for bilkjøring

Vurdering av egnethet for bilkjøring er en stadig mer aktuell problemstilling i nevropsykologisk praksis. Anne-Kristine Schanke er sjefpsykolog ved Sunnaas sykehus og har gjennom en årrekke studert dette temaet, med publikasjoner nasjonalt og også internasjonalt. Vi har bedt henne om å sammenfatte noen hovedpunkter.

ANNE-KRISTINE SCHANKE

I løpet av de siste 20 år har de kognitive forutsetninger for å inneha førerkort blitt fokusert klinisk og forskningsmessig. Man har særlig vært opptatt av eldre bilførere, personer som har blitt utsatt for hjerneskade (traumatiske hjerneskader, hjerneslag) eller som har sykdommer som berører hjernen (MS, Parkinsons sykdom med mer).

De helsemessige krav til innehavelse av førerkort er hjemlet i Vegtrafikkloven, Førerkortforskriften og Helsepersonelloven. I § 34 står: "Lege, psykolog eller optiker som finner at en pasient med førerkort for motorvogn eller sertifikat for luftfartøy, ikke oppfyller de helsemessige kravene som stilles, skal oppfordre pasienten til å innlevere førerkortet eller sertifikatet. Dersom pasientens helsetilstand antas å ikke være kortvarig, skal helsepersonell som nevnt gi melding til offentlige myndigheter etter nærmere regler fastsatt av Sosial- og helsedepartementet i forskrift."

Førerkortforskriftens helsekrav er revidert fra 1.1.97, jfr. "Veiledning for utfylling av helseattest for førerkort med mer". Statens Helsetilsyn 2/97. Veilederen omtaler en rekke kognitive svikttegn som uforenlig med eller risikofylt for bilkjøring. Blant utfallenes nevnes neglekt, apraksi, visuospatiell neglekt, forlenget reaksjonstid, redusert dømmekraft og dårlig sykdomsinnsikt (anosognosi). Veilederen omtaler Mini Mental State Examination (MMS) ved kartlegging av mental svikt, og anfører grenseverdier som taler for eller imot bilkjøring (egnet: MMS 26-30, tvil: MMS 20-25, nei:

MMS < 20 poeng). Samtidig påpekes det at skårer på MMS er å betrakte som veiledende retningslinjer, og behov for videre utredning omtales også.

MMS måler i liten grad cerebral effektivitet, reaksjonsevne, neglekt eller sykdomsinnsikt, som



er viktige funksjoner i forhold til bilkjøring. MMS er videre uegnet for pasienter med afasi. En hensiktsmessig bruk av MMS vil være å betrakte den som en mental kartleggingsmetode som sammenholdt med kliniske opplysninger kan danne grunnlag for videre henvisning.

Lege kan foreta henvisning til nevropsykologisk undersøkelse når han er i tvil om personer med varig helse- eller førlighetssvekkelse, eller med mistanke om dette, kan føre motorvogn på en trygg måte. Psykologen skal gi legen råd som ledd i hans beslutningsgrunnlag.

Det foreligger ikke kriterier for når nevropsykologisk tilleggsundersøkelse bør gjøres. Som et resultat av dette blir trolig personer med kognitiv svikt utsatt for svært ulik praksis: Mange som ikke er egnet får kjøre bil og vice versa, nevropsykologer legger ulike kriterier til grunn. De bruker heller ikke samme metoder, verken i Norge eller internasjonalt. For meg som har kontakt med mange norske og utenlandske kollegaer og dertil har deltatt på internasjonale kongresser der førerkortvurderinger er presen-

tert, oppleves dette som problematisk. Det foregår trolig atskillig forskjellsbehandling.

En henvisning til nevropsykologisk undersøkelse vil være aktuell når 1) en person har en diagnose der kognitiv svikt er tilstede eller kan forventes, 2) der klinikken gir mistanke om kognitiv svikt, 3) der det foreligger opplysninger som gir mistanke om at personen ikke opptrer sikkert i trafikken og 4) der det påbegynnes en omfattende bilsak for en funksjonshemmet person med diagnose som berører hjernen.

Standard nevropsykologiske undersøkelser har lav validitet i forhold til førerkort, og andre tester med relevans for bilkjøring, slik som reaksjonstids- og oppmerksomhetstester, må brukes i vurderingen. Det nevropsykologiske testbatteri for kjørevurderinger som er i bruk ved Sunnaas sykehus, utviklet gjennom 10-15 år, omtales nedenfor. Testbatteriet benyttes for alle pasientkategorier som henvises, hvor slagpasienter utgjør den største gruppen.

Følgende tester inngår etter at pasienten er medisinsk klarert:

- Undersøkelse med perimeter, synsfeltsundersøkelse
- Visuell oppmerksomhet og neglekt, undersøkelse med tachistoskop
- Reaksjonstidsundersøkelse med Gianutsos test.
- Grooved Pegboard
- SDMT, skriftlig og muntlig og TMT A og B
- Likheter
- Billedutfylling og Terningmønster
- Stroop Test
- Anosognosi målt ved spørreskjema
- Supplerende undersøkelse når dette er indisert.

Det er viktig å være klar over at svikt i eksekutive funksjoner og dømmekraft er like farlig for bilkjøring som de mer fokale utfall. Her må man vektlegge også kvalitative observasjoner. Kvalitative observasjoner understrekes i en anbefalesverdig artikkel av Lundqvist og Rønnberg (2001). På Sunnaas vurderes også å ta inn delspørsmål om sensation-seeking behaviour (Sensation Seeking Scale, Zuckerman, 1979) som vi i dag ikke har mål på (kommunikasjon med SINTEF ved Gunnar Jenssen). I en rapport

bør man også omtale motivasjonelle forhold, trettbarhet, og evt. medikamenter som pasienten brukte under testing. Hvis personen har en psykiatrisk lidelse, for eksempel, schizofreni, bør han tilleggsvurderes av psykiater.

En vanlig innvending mot nevropsykologiske tester brukt i kjørevurderinger, er at de er skrivebords- og laboratorietester, og derved lite relevante for praktisk bilkjøring. Til det kan sies at psykologer ser det som sin oppgave å vurdere kognitiv egnethet, dvs. om et aspekt ved de helsemessige krav til å inneha førerkort er innfridd. Siktemål er dermed ikke å vurdere ferdighetsnivå ved bilkjøring, dvs. om personen klarer å kjøre og betjene bilen.

Allikevel er det slik at empiri viser at nevropsykologiske testers evne til å predikere bilkjøring er for dårlig til å basere seg på dem alene, selv om det er en tendens til at prøver som måler visuo-spatiale evner, visuell scanning, motorisk tempo og vigilans i større grad enn andre viste positive korrelasjoner med kriteriemål på bilulykker, praktisk kjøretest og bruk av bilsimulatur. Nevropsykologiske tester måler heller ikke kompenserende ferdigheter. Dette er viktig og det er fare for at nevropsykologer ikke holder dette i mente.

Det skal etter min vurdering vektige grunner til for at man ut fra nevropsykologiske tester alene anser en person for uegnet. En praktisk kjøreprøve bør svært ofte inngå som en tilleggsundersøkelse. Det bør gjøres av kjørelærer som har erfaring med hjerneskadete personer.

Praktiske kjøretester har sin styrke i at de tar hensyn til automatiserte og overlærte ferdigheter. De kan imidlertid være for lite sensitive for problemer som oppstår i uventede situasjoner, for korte til å avdekke konsentrasjonsproblemer og ha lav reliabilitet. En person som mestrer en praktisk kjøreprøve, kan derfor, gitt alvorlige kognitive svikttegn allikevel vurderes som medisinsk uegnet. Simulatorstester kan gi begrensede mål på sammensatte trafikale situasjoner, især når de ikke er interaktive og de gir ingen kognitiv funksjonsvurdering av for eksempel anosog-

nosi, neglekt eller apraksi. Implikasjonen blir at multimodale tilnærminger med metoder som supplerer hverandre er å anbefale i førerkortvurderinger. Dette er også i tråd med all senere empiri som vektlegger det samme.

Arbeid med førerkortsaker er et fagområde som maner til ettertanke om metodiske spørsmål. Spesiell varsomhet må utvises der vurderingene er lavfrekvente, og sammenlikningsgrunnlaget er lite. Det kan være en fordel at personer på 2. og 3. linjenivå foretar kjørevurderinger, idet det lett kan skape belastninger i samarbeidet mellom primærhelsetjeneste og pasient. Empiri viser også at en del fastleger vegrer seg mot å inndra førerkortet for sine pasienter. Det er behov for en nærmere samarbeid mellom leger, psykologer og kjørelærere med siktemål å bidra til en mer lik praksis i vurdering av førerkortsaker på landsbasis.

Det synes å være et økende antall klagesaker til fylkeslegene med påfølgende second-opinion vurderinger. Dette bidrar til å etterprøve og reflektere over praksis. Dette bør vi møte med profesjonalitet og ikke forsvarsholdning for klagen kan også være berettiget. Både valg av metoder med relevans for bilkjøring og tidsfaktoren kan bidra til andre konklusjoner. Vi har fortsatt mye å lære om en felt som har så store konsekvenser for enkeltmennesket.

Det er mye litteratur om bilkjøring: Jeg henviser til de bidrag vi har gjort på Sunnaas som også omhandler annen litteratur.

Referanser:

- Lundqvist, A., Rønnberg, J. (2001). Driving problems and adaptive driving behavior after brain injury: A qualitative assessment. *Neuropsychological Rehabilitation*; 11: 171-185.
- Sundet, K. (1993). Nevropsykologisk sertifikatvurdering av hjerneslagpasienter. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*; 30: 631-640.
- Schanke, A.K., Grimsmo, J., Sundet, K. (1995). Multipel sclerose og egnethet for bilkjøring. *Tidsskrift for Den norske lægeforening*; 115: 1349-52.
- Schanke, A.K., Sundet, K., Andersson, S. (1997). Kognitiv egnethet for bilkjøring. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*; 34: 31-34.
- Schanke, A.K., Østen, P.E., Hofft, E., Pedersen, O. (1999). Vurdering av kognitiv egnethet for bilkjøring etter hjerneskade. *Tidsskrift for Den norske lægeforening*; 119: 954-958.
- Mosberg, A., Østen, P.E., Schanke, A.K. (2000). Bilkjøring etter hjerneskade. *Tidsskrift for Den norske lægeforening*; 120: 3392-3395.
- Schanke, A.K., Sundet, K. (2000). Comprehensive driving assessment: Neuropsychological testing and on-road evaluation of brain injured patients. *Scandinavian Journal of Psychology*; 41: 113-121.

Adresse: Anne-Kristine Schanke

Sunnaas sykehus

Tlf: 66969000

Email: anne-kristine.schanke@sunnaas.oslo.kommune.no

Affective Neuroscience

Stein Andersson har i dette nummeret av Nevropsykologi latt seg engasjere som utenrikskorrespondent. Han er for tiden stasjonert Ved University of Wisconsin og har sendt oss en rykende fersk artikkel om hva han holder på med der borte



Kognitiv nevrovitenskap har blitt et etablert begrep for å beskrive fagområdet som studerer det nevralt grunnlaget for kognitive funksjoner. "Affective neuroscience" kan beskrives som en disiplin innen nevrovitenskap hvor hovedfokus er å studere det nevralt grunnlaget for emosjoner og affekt. Forskningen foregår både som basalforskning og mer anvendt forskning hvor siktemålet er å øke kunnskapen om de nevralt mekanismene bak tilstander hvor forstyrrelser av emosjoner og affekt står sentralt. Innen kognitiv nevrovitenskap har man klart å dekomponere kognitive prosesser til mer elementære delprosesser som gjør det mulig å undersøke mer eksakt det nevralt grunnlaget bak de ulike delprosessene. Målet for affective neuroscience er på mange måter likt: Å kunne isolere emosjonelle og affektive delkomponenter og prosesser som gjør det mulig å bruke moderne teknikker som funksjonell MRI, PET og EEG-baserte metoder for studere de nevralt nettverkene som danner det nevrobiologiske grunnlaget for ulike typer affekt og emosjoner.

Siden 1. august 2001 har jeg tilbrakt tiden som post-doc stipendiat ved Laboratory for Affective Neuroscience (LAN) ved University of Wisconsin, Madison. LAN er underlagt Department of Psychology, og ledes av professor Richard (Richie) J. Davidson, en av de mest fremtredende og produktive forskere innen affective neuroscience.

Laboratoriet er utstyrt med mye avansert utstyr for psykofysiologisk forskning innen EEG, ERP (basert på 128 kanalers EEG) og perifer psykofysiologi. Tilknyttet LAN er også W.M. Keck Laboratory for Functional Brain Imaging and Behavior. Dette laboratoriet har state-of-the-art utstyr som PET, fMRI og elektrofysiologisk utstyr, bl.a. en 256 kanalers EEG. Og ikke minst, det finnes menneskelige ressurser i form av teknikere og spesialister innen databehandling og medisinsk fysikk som er helt nødvendige for rasjonell bruk av slikt utstyr.

Laboratory for Affective Neuroscience er involvert i en rekke forskningsprosjekter som studerer de kortikale og subkortikale mekanismer for emosjoner og affekt hos normale og hos pasienter med ulike typer psykiatriske lidelser, primært stemningsforstyrrelser og angstlidelser. Et av målene med denne forskningen er å utfordre den tradisjonelle psykiatriske tenkningen rundt klassifisering og diagnostisering, som blir oppfattet som lite empirisk basert. Et eksempel er depresjon, der det kan tenkes at ulike grunnleggende nevrofysiologiske forstyrrelser mht. emosjonell responsivitet utvikler lignende symptomer. Noen deprimerede kan ha forstyrrelser knyttet til nevralt mekanismer assosiert med emosjonell regulering og persepsjon av negativ affekt, mens andre med lignende depressive symptomer kan

ha sin primære svikt knyttet til reaktivitet for positive hendelser som har et annet hjernefysiologisk substrat. Sentralt innen denne forskningen på problemstillinger knyttet til regulering av emosjoner og affekt står naturligvis interaksjonen mellom prefrontal cortex og amygdala. For de som ønsker mer informasjon om affective neuroscience kan et besøk på LANs hjemmeside, <http://psyphz.psych.wisc.edu/> være av interesse. Der finnes også flere linker av interesse, bl.a. en link med et utvalg publikasjoner i fulltekst relatert til affective neuroscience.

Noe av det som karakteriserer emosjoner hos



128 kanalers EEG

FOTO: STEIN ANDERSSON

mennesker er den store variabiliteten med hensyn til hvordan forskjellige individer responderer på de samme emosjonelt aktiverende betingelsene. Mitt prosjekt er en EEG/ERP-studie som i korthet går ut på å undersøke prosessering av ulike typer emosjonelle stimuli hos normale (studenter) som varierer med hensyn til positiv og negativ affekt som et grunnleggende personlighetstrekk. EEG-data registreres med 128 kanalers EEG, som i tillegg til ERP også gjør det mulig å utnytte metoder for kilde-lokalisering for å se på hvilke hjerneområder som aktiveres under ulike emosjonelle betingelser.

Klinisk nevropsykologi er ikke en del av Dept. of Psychology, men er underlagt neurologisk avdeling ved universitetets Medical School.

Avdeling for klinisk nevropsykologi ledes av professor Bruce Herrmann og ved siden av den kliniske virksomheten drives det undervisning og aktiv forskning, bl.a. innen epilepsi. Som mange sikkert vet har norsk nevropsykologi sterke bånd til Madison. Det var her Hallgrim Kløve arbeidet i over 10 år før han returnerte til Norge. Det var derfor litt historisk sus over å kunne besøke Matthews Neuropsychology Laboratory, som avdelingen heter, og faktisk også møte en testtekniker som hadde arbeidet der under Hallgrims ledelse.

Avslutningsvis noen ord om Madison og livet her. Madison er hovedstad i Wisconsin, og er i amerikansk målestokk en relativt liten by med ca. 200.000 innbyggere. Byen er en utpreget administrasjons- og universitetsby. Universitetet med sine ca. 50.000 studenter er dominerende i bybildet både geografisk, sosialt og kulturelt. Det er et stort internasjonalt miljø ved universitet, med doktorgradsstudenter og gjesteforskere fra hele verden. Mange av disse bor i "University Houses", hvor også vi bor. Dette er et lite lokalsamfunn hvor det etniske mangfoldet er stort. Wisconsin har mye norsk historie. Mange immigranter bosatte seg i denne staten. (Etter å ha opplevd en vinter her kan man undres hvorfor de ikke fant et noe varmere sted når de først skulle flytte så langt.) Man møter derfor mange som er interessert i Norge og som føler de har tilknytning til Norge. Fra høsten er det imidlertid tilbake til gamlelandet, men jeg reiser hjem med mange flotte opplevelser, stort faglig utbytte og mye data i bagasjen.

Adresse: Stein Andersson, Ph.D.

Lab. for Affective Neuroscience

University of Wisconsin-Madison

1202 W Johnson St.

Madison, WI 53706, USA

Phone: +1-608-265 6198

Email: andersson@psyphw.psych.wisc.edu

MEMORY FUNCTIONING IN SCHIZOPHRENIA AND MAJOR DEPRESSION: NEUROPSYCHOLOGICAL STUDIES



Nils Inge Landrø
Psykologisk institutt, UiO
disputerte
til dr. philos graden
14. desember 2001

Gratulerer Nils Inge!

Han bringer her et sammendrag av sin avhandling

Avhandlingens tema er nevropsykologiske aspekter ved schizofreni og unipolar depresjon. Spesielt er ulike aspekter ved hukommelsesfunksjonene belyst.

Avhandlingen består av fem artikler, alle publisert i internasjonale fagtidsskrifter, og en sammenfattende innledning.

Resultatene i den første artikkelen viser at pasienter med schizofreni fungerer signifikant dårligere enn friske kontroller, både hva angår korttids- og langtidshukommelse. Schizofreni-gruppen presterer også signifikant dårligere enn en psykiatrisk sammenligningsgruppe (bipolare pasienter i remisjon).

I den andre artikkelen presenteres en longitudinell oppfølging av et sub-sample av de schizofrene pasientene som inngikk i den første artikkelen og som klart endret klinisk tilstand fra akutt psykotisk til remisjon. Studien indikerer at sviktende langtidshukommelse er et stabilt avvik over endringer i klinisk tilstand, mens korttidsminnefunksjonen normaliseres med symptomrestitusjon.

Schizofreni er en heterogen tilstand m.h.t. generell kognitiv funksjon. I uselekterte utvalg kan derfor spesifikke funksjonsforstyrrelser, for eksempel relatert til hukommelse, være sekundært til generell intellektuell reduksjon. I den tredje artikkelen pre-

senteres resultater fra en studie av unge pasienter med schizofreni som har normal IQ. Korttidsminnefunksjonen (i betydningen «Tallspenn») var normal, mens det fremkom avvikende arbeidshukommelse i schizofrenigruppen. Forstyrrelser i innkodingen av verbalt materiale fremkom også under noen betingelser. Videre fremkom holddepunkter for sviktende gjenhentingfunksjon, men ikke for lagringsproblemer. Pasienter med schizofreni viste også forstyrrelser i minnefunksjonen for ikke-språklig materiale under gjenkjenningsbetingelser. Eksekutive funksjoner (målt med Wisconsin Card Sorting Test) var normale.

I den fjerde artikkelen presenteres en sammenlignende studie av pasienter med unipolare depresjoner, en gruppe pasienter med kroniske smerter (fibromyalgi) og friske kontroller. De deprimerede pasientene viste forstyrrelser i «krevende» hukommelsesfunksjoner. Det samme mønsteret fremkom i gruppen smertepasienter med depresjonssymptomer, mens kroniske smertepasienter uten depresjonsplager ikke var forskjellig fra friske kontroller.

I den femte artikkelen ble umedisinerte pasienter med unipolare depresjoner sammenlignet med friske kontroller over et bredt spekter av nevropsykologiske funksjoner (motorikk, selektiv oppmerksomhet, mental fleksibilitet, visuomotorisk «tracking», arbeidshukommelse, korttidshukommelse, verbal langtidshukommelse, ikke-verbal langtidshukommelse, kontrollert ord-flyt og visuospatial funksjon). Depresjonsgruppen fungerte signifikant dårligere enn kontrollene på oppgaver relatert til selektiv oppmerksomhet, arbeidshukommelse, langtidshukommelse for verbalt materiale samt kontrollert ord-flyt. Selektiv oppmerksomhet og arbeidshukommelse

oppfylte kriteriene for differensielle avvik.

Samlet er resultatene fra studiene som inngår i avhandlingen forenlig med nyere «imaging» studier som viser at strukturer i hjernen som medierer hukommelsesfunksjoner er involvert både ved schizofreni og ved unipolar depresjon.

Det kan utledes flere kliniske implikasjoner av disse undersøkelsene. Når det gjelder schizofreni indikerer disse studiene at den tradisjonelle distinksjonen mellom «funksjonell» versus «organisk» er lite meningsfull. Differensialdiagnostikk i vanlig forstand vil derfor ofte ha lite for seg. En nevropsykologisk vurdering med et primært funksjonsbeskrivende siktemål kan derimot ha stor nytteverdi. Her er det også særlig relevant at flere studier har vist at nevrokognitive funksjonsavvik (spesielt gjelder dette hukommelse) assosiert med schizofreni i stor grad predikerer generell psykososial funksjon.

I relasjon til depresjoner er differensialdiagnostiske problemstillinger mer aktuelle. Studiene som inngår i avhandlingen impliserer at det bør anvendes strengere kriterier enn det som er vanlig før en konkluderer med underliggende hjerneorganisk affeksjon i tilfeller der hvor pasienten klart har depressive symptomer.

Adresse:

*Nils Inge Landrø
Psykologisk Institutt, UiO
E-mail: n.i.landro@psykologi.uio.no*

Nevropsykologiske endringer assosiert med apati etter traumatisk hjerneskade

Artikkelen er et resymé av forfatterens skriftlige arbeid i forbindelse med spesialistutdanning i klinisk nevropsykologi

ANNE-MARI BERGEDALEN



Som en følge av ervervet hjerneskade ser man ofte en rekke endringer hos pasienten i tillegg til de rent fysiske og kognitive. Emosjonelle og adferdsmessige endringer er vanlige. Dette kan dreie seg om manglende spontanitet, emosjonell labilitet, eller overdreven og ukritisk aktivitet. Det er vanlig å se både stor grad av initiativløshet og likegyldighet (pseudodepresjon) hos hodeskadepasienter, særlig ved skade i de frontale hjerneområdene. Både depresjon og apati forekommer hyppig hos både hjerne- og traumatisk hodeskadepasienter. I rehabiliteringsøyemed er man avhengig av motivasjon og engasjement fra pasientens side. Flere studier har bekreftet en sammenheng mellom negative symptomer i form av redusert initiativ og sosial tilbaketrekning, og dårligere prognose, både ved hodeskade og hjerne- slag.

Apati og depresjon hos pasienter med ervervet hjerneskade deler mange likhetstrekk, men kan differensieres. På f.eks. MADRS vil gruppene bare delvis overlape. Ved depresjon ser man ofte tristhet og sterk bekymring, ved apati er affektflathet, initiativløshet og generell intersemangel dominerende og et bilde med mye "negative symptomer" do-

minerer. Robert S. Marin (1991) har frem satt en hypotese om at symptomer som manglende bekymring, emosjonell indifferens og redusert initiativ deler en felles underliggende motivasjonell defekt. Apati kjennetegnes først og fremst ved manglende målrettet adferd (kognitivt, adferdsmessig og emosjonelt), grunnet mangel på motivasjon.

Hvordan vi forstår apati har implikasjoner for rehabiliteringen av pasienter med ervervet hjerneskade. Å kunne differensiere apati og depresjon og videre definere apati som en hjerneskadebetinget endring vil hjelpe både pasienter, pårørende og behandlere til å forstå tilstanden og dermed unngå å mistolke pasientens adferd. Hvorvidt tilstanden defineres som en depresjon sekundært til hjerne- skaden eller som et primært symptom vil ha avgjørende betydning for valg av terapeutisk innfallsvinkel og farmakologisk behandling.

Det har knapt vært forsket på forholdet mellom graden av apati hos pasienter, og nevropsykologiske utfall. I Marins definisjon av apati skal det ikke være kognitive årsaksforhold som kan forklare graden av apati. Graden av apati skal ikke gjenspeile graden av hjerneskade, med eventuell nedsatt generell intellektuell fungering som en direkte årsaksforklaring til apatisymptomene. Hensikten med vårt studie var å undersøke et større utvalg hodeskadepasienter, for å se på forholdet mellom apati og nevropsykologiske

testresultater. I tråd med den operasjonelle definisjonen av apati (Marin) forventet vi å finne at apati ikke er assosiert med global kognitiv funksjonssvikt. Vi forventet å finne nedsatt funksjon innenfor spesifikke kognitive funksjonsområder. Tidligere forskning har vist at apati ofte er fremtredende ved subkortikale og frontale hjerneskader. Vi forventet derfor å finne nevropsykologiske utfall forbundet med slike skader, som svikt i eksekutive (regulerings) funksjoner, hukommelse/ innlæring og psykomotorisk tempo. Apati har også vært assosiert med lesjoner i høyre hemisfære. På dette grunnlag forventet vi å finne høyre/ venstre forskjeller på motoriske funksjonstester.

Vi brukte data fra 54 inneliggende pasienter fra hodeskadeenheten ved Sunnaas sykehus, alle data samlet i retrospekt. Alle hadde alvorlig traumatisk hodeskade med en komalengde på mer enn 24 timer, og de ble nevropsykologisk vurdert i en subakutt/ postakutt fase. Pasienter med tidligere nevrologisk eller psykiatrisk forstyrrelse eller sykdom, rusmisbruk, eller med stor grad av afasi eller pareser, ble ekskludert. Ingen var medisinerert på tidspunktet for nevropsykologisk vurdering. Et bredt utvalg testdata fra de prøver som oftest var i bruk, ble samlet inn. For å vurdere graden av apati ble det brukt Marins: "Apathy Evaluation Scale" (AES), den mest validerte skalaen for å kvantifisere graden av apati hos pasienter med nevrologisk skade eller sykdom.

Verken alder, utdanning, tid siden skade, eller komalengde var signifikant korrelert med apati. Korrelasjonsmatrisen viste at apati er signifikant negativt korrelert med innlæring/ hukommelse og eksekutivfunksjoner. Ved partiell korrelasjonsanalyse der det ble kontrollert for motorisk tempo i dominant hånd fikk vi i tillegg en signifikant korrelasjon mellom psykomotorisk tempo og apati. Andre signifikante sammenhenger mellom apati og kognitiv funksjon ble ikke funnet, heller

ikke mellom generell intellektuell fungering og apati.

I en tilleggsanalyse der pasientene ble delt i 3 grupper etter apatiskåre, fant vi signifikante forskjeller for innlæring/ hukommelse, psykomotorisk tempo og motorisk tempo for ikke-dominant hånd mellom gruppene. Gruppene med høy grad av apati presterte svakere innen disse funksjonsområdene.

Resultatene bekrefter at apati er et alvorlig og hyppig forekommende nevropsykiatrisk symptom etter alvorlig hodeskade. Med en cut-off skåre på AES som brukt i en tidligere studie (Kant, 1997) ville 62.3 % av våre pasienter betegnes som apatiske. Marins definisjon av apati; at generell kognitiv funksjon ikke samvarierer, og derfor ikke kan brukes som årsaksforklaring til apati ble bekreftet. Det er heller ikke rimelig å tenke seg at det er apati som forårsaker svikt i de spesifikke kognitive funksjonsområdene, men at det dreier seg om felles nevronanatomiske korrelater. Tidligere forskning på apati hos ulike nevrologiske pasientgrupper tyder på at svikt i frontale områder og subkortikale-frontale forbindelser kan forklare samvariasjonen mellom kognitive og atferdsmessige/affektive/motivasjonelle variabler.

Referanser:

- Kant, R., Duffy, D. & Pivovarnik, A. (1997): Prevalence of apathy following head injury. *Brain Injury*; 12: no.1, 87-92.
- Marin, R.S. (1991): Apathy: a neuropsychiatric syndrome. *Journal of Neuropsychiatry and Clinical neuroscience*; 3, 243-254.
- Marin, R.S., Biedrzycki, R. C. & Firincigullaari, S. (1991): Reliability and validity of the Apathy Evaluation Scale. *Psychiatry Research*; 38, 143-162

Adresse: Anne-Mari Bergedalen
 Ullevål sykehus, Nevropsykologisk avd./
 Hubro kompetanse Drammensveien 20C, 0255 Oslo
 Mob: 91726453
 Email: amb@netcom.no

MTA-studien – status quo

MTA-studien - the Multimodal Treatment Study of Attention-Deficit Hyperactivity Disorder - er den største kliniske undersøkelsen som er sponset av NIMH (National Institute of Mental Health). Man antar at studien vil få svært stor betydning for forskning og klinisk arbeid på dette feltet. Følgende oversiktsartikkel er opprinnelig publisert i NK-info 1-2002 (Norsk Kompetanseenhet for AD/HD, Tourettes Syndrom og Narkolepsi).

GRETE BRYHN

MTA-studien ble initiert av NIMH, og var et samarbeid mellom seks institusjoner eller "sites" der i alt 579 barn med en ADHD-diagnose fikk én av fire typer behandling i 14 måneder:

1. **MB:** medikamentell behandling (tilpasset individuell dose fulgt av månedlige kontroller),
2. **IAB:** intensiv atferdsterapi (som involverte foreldre, skole og barn, med redusert terapeut-kontakt etter hvert),
3. **KB:** en optimal kombinasjon av 1 og 2, og
4. **VB:** vanlig, "kommunal" behandling (dvs. den behandlingen man vanligvis ga barn med ADHD i den kommunen de bodde i). Resultatene av disse behandlingsformene ble målt før, under og etter 14 måneder, og dekket flere symptomer og problemområder.

Resultatene viste at alle typer behandling førte til en betydelig symptomreduksjon, men likevel med signifikante forskjeller mellom dem mht grad av endring. Barna

som fikk MB eller KB viste signifikant større bedring mht ADHD-symptomatologi enn barna som fikk IAB eller VB. For andre symptomer som ikke var direkte relatert til ADHD (sosialt samspill, foreldre-barn relasjoner, aggressiv-opposisjonell atferd, internaliserende symptomer og skolefaglig fungering, var det ingen signifikant forskjell i resultatene for MB, KB og IAB. Imidlertid var det bare KB som var bedre enn VB for alle problemområder.

Til tross for disse slående funnene, er det fortsatt ubesvarte spørsmål som er viktige for de generelle konklusjonene man kan trekke av denne studien. Det første spørsmålet dreier seg om hvor homogene de fire gruppene er, og i hvilken grad eventuelle forskjeller mellom dem ville ha betydning for planlegging av behandling, prognose, og kliniske resultater. Det andre spørsmålet, som er relatert til det første, dreier seg om den relative effektiviteten av de fire behandlingsformene. Er for eksempel alle funn dekkende for alle deltakende barn, uavhengig av komorbiditet, og uavhengig av problemområde? I hvilken grad foreligger det bedring? Er det slik at enkelte barn

blir symptomfrie, eller foreligger det bare en viss reduksjon av problemene? I så fall, hvilke behandlingsformer ligger til grunn for dette? For det tredje: Hvor anvendbar er MB i praksis? I hvilken grad vil barn som får MB være avhengig av stadige kontroller og justering av medikamentdosen? Kunne den titreringen som ble foretatt i begynnelsen av studien, si noe om outcome etter 14 måneder?

Dette er mange spørsmål som til dels henger sammen. MTA-studien har resultert i et enormt materiale som har gitt grunnlag for flere analyser og mange tolkninger, noe som til dels har ført til misforståelser og (tilsynelatende) motstridende konklusjoner. Seks artikler i en spesialseksjon i februarnummeret 2001 av JACAAP, redigert av Peter Jensen, forsøker å svare på noen av disse spørsmålene. Vi skal forsøke å formidle noen av deres konklusjoner så kortfattet og enkelt som mulig, vel vitende om at dette kan tilsløre viktige nyanser, men med tillit til at vi skal kunne formidle hovedtrekkene. Spesielt interesserte lesere anbefales litteratursøk, da det publiseres svært mye fra denne studien, som enda ikke er avsluttet.

De to første artiklene omhandler spørsmål knyttet til komorbiditet. Newcorn og kolleger presenterer funn som viser at uavhengig av komorbiditet (ingen, enkel eller sammensatt) hadde alle grupper med ADHD avvikende resultater på en CPT-test sammenlignet med normale kontroller. I tillegg fant de at grad av impulsive svar og feil varierte mellom de komorbide subgruppene, spesielt for jenter. Jensen et al. artikkel viser at tre forskjellige subgrupper (ADHD+angst, ADHD+ODD/CD, og ADHD+ODD+CD+angst) skilte seg fra gruppen med "ren" ADHD på flere variab-

ler. Dessuten viste gruppene med ADHD+komorbiditet varierende respons på behandling: ADHD+angst responderte like bra på MB, IAB og KB, mens "ren" ADHD+ODD/CD responderte bare på behandling som inkluderte medisiner, og ADHD+ODD/CD+angst responderte best på KB. Her må man stille spørsmål om denne studien, til tross for at den omfattet et relativt høyt antall barn, har et tallmessig grunnlag for slike analyser, der det også burde tas hensyn til kjønn, hovedproblem, og problemenes alvorlighetsgrad. Likevel må en kunne konkludere med at resultatene understreker nødvendigheten av grundig diagnostikk før man fastslår hvilken eller hvilke typer behandling det bør satses på.

De to neste artiklene belyser respons på behandling fra et annet perspektiv: i hvilken grad varierer "beste type behandling" med hva vi definerer som "outcome" eller resultat? Conners og medarbeidere konstruerte et "totalmål" for barnets funksjon, sammensatt av resultatene fra flere områder, og reduserte på denne måten de opprinnelige 19 resultatmålene til ett eneste mål for hvert barn. Når de deretter analyserte forskjellen i effekt mellom de fire behandlingstypene, fant de en svært beskjeden forskjell mellom MB og KB, og en stor grad av "overlap" mellom de to gruppene. Dette betyr igjen at selv om man finner en statistisk signifikant forskjell på behandlingstypene, er forskjellen nødvendigvis ikke så stor at den i praksis vil ha noen klinisk betydning. Swanson og medarbeideres arbeid støtter også disse resultatene, i tillegg til at de har sett på hvilken effekt de forskjellige behandlingstypene hadde på problemer som ble vurdert til å være små eller ikke-eksisterende (Det må her bemerkes at disse barna hadde til dels store problemer på enkelte områder, men at disse

områdene ikke inngikk i den aktuelle analysen). For de minste problemene kom KB best ut, med MB på andreplass, så IAB, og til slutt VB.

De siste to artiklene går dypere inn i problematikken knyttet til MB, og diskuterer bl. a. gunstige og uheldige effekter av de forskjellige dosestørrelsene som ble prøvd ut i titreringsforsøkene, slik de ble vurdert av foreldre og lærere. Greenhill og kollegers artikkel konkluderer med at MTA-studien bekrefter nytten av Ritalin også i helgene, og fastslår en grense på 35 mg som total daglig dose for barn som veier under 25 kg, administrert i tre doser. Barn som veier mer enn 25 kg kan gis doser på opp til 60 mg pr. dag. (NB! Her må det minnes om at barna i denne undersøkelsen var ca. 8-9 år. Individuelle variasjoner, både mht alder, vekt, problematikk og andre forhold, vil kanskje tilsi at denne anbefalte behandlingen justeres noe av behandlende lege). Funnene er i tråd med tidligere studier som viser at 77 % har en gunstig effekt av sentralstimulantia. Dessuten fant man at komorbide tilstander i liten grad påvirket de Ritalin-dosene som var nødvendige for å behandle ADHD-symptomene.

Det er i denne sammenheng verdt å merke seg at 32 barn – 12.5 % av de 256 barna som inngikk i denne analysen – responderte like godt på placebo som Ritalin i den innledende titreringsperioden. Tjueni av disse begynte imidlertid senere på Ritalin. Tjuseks av de 256 barna viste minimal bedring både på placebo og Ritalin, og ble derfor behandlet med amfetamin. (Dette understreker den erfaringen flere behandlere har gjort i Norge, at begge medikamenter bør prøves ut hvis effekten uteblir på det første, som vanligvis er Ritalin).

Den siste artikkelen av Vitiello og kolleger viser bl.a. at de barna som fikk KB, trengte mindre doser (31.8 mg pr dag) ved avslutningen av studien enn de barna som bare fikk MB (38.1mg pr dag). Et annet funn av betydning for klinisk praksis: bare 17 % av barna i KB- og MB-gruppene sto på samme dose og medikament gjennom de 14 månedene. Dette understreker betydningen av tett oppfølging ved medikamentell behandling, med oppmerksomhet for at det etter hvert kan vise seg nødvendig å endre så vel dose som medikament.

MTA-studien anses for å være et skjellsettende prosjekt som vil være retningsgivende for mange nye studier av ADHD-problematikk. Til tross for enkelte mangler, kan en nok gå ut fra at hovedresultatene vil holde, selv om nye analyser vil gi et mer nyansert bilde etter hvert.

De manualene som ble brukt i studien, både for utredning og behandling, er tilgjengelige for interesserte, som kan kontakte L. Eugene Arnold, M.D., Executive Secretary of the MTA steering committee (e-mail: arnold.6@osu.edu).

Sammendraget som er gitt ovenfor har bare tatt for seg noen av de funnene som er kommet ut av MTA-studien. Mer nyanserte vurderinger har av plasshensyn måttet utgå, og det er også publisert artikler som stiller seg kritiske til både problemstillinger og metoder i dette prosjektet. Et eksempel på dette er en artikkel av Russell Barkley, som til tross for at han beskriver MTA-studien som "a landmark", uttrykker en viss bekymring for at de implisitte antagelser som legges til grunn for studien, og som har påvirket både problemstillinger og metodevalg, har ført til at tolkningen av resultatene vedrørende de ulike behandlingsmetodenes effektivitet kanskje er noe mis-

visende. Dette berører særlig de atferdspsykologiske behandlingsmetodene, som er valgt uten en begrunnelse i en teoretisk modell for ADHD, som kunne gi grunnlag for hypoteser om hvorfor disse behandlingsmetodene skulle antas å være virksomme. En slik implisitt antagelse er at atferdsproblemene hos ADHD-barn skyldes mangelfull eller feil læring, hvilket Barkley mener er en antagelse som ikke støttes av forskning. Han viser til undersøkelser som fremhever arvets framfor miljøfaktorenes betydning. Videre hevder han at positiv atferdsendring ikke uten videre kan tilskrives de atferdsterapeutiske metodene som er brukt, men like gjerne kan skyldes den informasjon og oppmerksomhet de involverte (barn, foreldre og lærere) fikk som deltagere i studien, særlig fordi det foreligger studier som viser nettopp hvor potente disse variablene kan være. En tredje innvending dreier seg om den varmsomhet som bør utvises når man forventer at studien skal være retningsgivende for klinisk praksis, fordi metodevalg og gjennomføring var ytterst tidkrevende og kostbare. Til slutt stiller han spørsmålsteget ved om konklusjoner basert på gruppegjennomsnitt, uten at det samtidig fremlegges og diskuteres resultater for utgrupper, bør legges til grunn for valg av behandling for denne gruppen. Blant annet viser han til at 10 % av familiene som får atferdsterapeutisk behandling kan fungere dårligere etter denne.

Også Eric Taylor betegner MTA-studien som skjellsettende, men har kritiske kommentarer, mye langs de samme linjer som Barkley. Taylors refleksjoner rundt studiens implikasjoner for klinisk praksis i Europa er særlig interessante for oss. Han legger vekt på at selv om MTA-studien viser at det er lite å vinne på å supplere medika-

mentell behandling med psykologisk behandling (MB versus KB), kan det være særlig viktig å anvende begge typer behandling når man ser ADHD-problematikken i et utviklingsperspektiv, og også i de tilfellene der medisinerings fortsatt viser at det er rom for forbedring. Tatt i betraktning den restriktive holdning til medisinsk behandling som har vært rådende i England, og til dels også i Europa for øvrig, er det verdt å merke seg at en fremstående fagmann som Taylor konkluderer med at medisinerings er en behandling som avgjort bør tilbys barn med ADHD.

MTA-studien vil sannsynligvis by på flere artikler i fremtiden, og det er all grunn til å følge godt med, både fordi det er mye å lære for klinisk praksis, og fordi design og resultater sannsynligvis også vil legge øringer for ny forskning på feltet.

Artikkelen ovenfor er skrevet på basis av flere artikler i en spesial-seksjon av Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, vol 40 no.2, samt "Commentary on the Multimodal Treatment Study of Children with ADHD" av Russell Barkley, i Journal of Abnormal Child Psychology, vol. 28 no.6, 2000, pp. 595-599, og "Development of Clinical Services for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder" av Eric Taylor, i Archives of General Psychiatry, vol.56, Dec. 1999, pp. 1097-1099.

Adresse: Grete Bryhn
 Universitetspsykehuset i Akershus
 Nevropsykiatrisk avdeling
 Tlf: 67928800



Yrkesvurderinger ved vurderingsteamet Sunnaas Sykehus

Intervju med Ole Eilertsen

GRO STRØMNES DYBEDAL

Vurderingsteamet ved Sunnaas Sykehus gjør mange ulike typer vurderinger, blant annet av pasienters egnethet for å inneha førerkort, av yrkesmessig arbeidsevne og av rehabiliteringspotensial. Tema for denne artikkelen er en beskrivelse av de vurderinger som gjøres av ressurser og begrensninger hos personer med hjerneskade i forhold til yrkes-, utdannings- og atføringsmuligheter. Vi har intervjuet Ole Eilertsen som har arbeidet i dette teamet i 4 år. Han er spesialist i klinisk nevropsykologi. Eilertsen har over 20 års erfaring fra PP - tjenesten og har også arbeidet i flere år på Torshov kompetansesenter bl.a. med barn med ADHD, Tourette og narkolepsi.

Kan du fortelle litt om denne typen vurdering?

Et tverrfaglig team bestående av psykolog, lege, sykepleier, fysioterapeut, ergoterapeut, sosionom og logoped/spesialpedagog samarbeider tett rundt vurderingene. Oppholdets varighet er som oftest 3 uker. Mange av pasientene kommer før sykepengeperioden er over, dvs. mot slutten av 1. år etter at de har pådratt seg hjerneslag eller hodeskade. Vurderingen er delt i 3 faser, den første består av særfaglige vurderinger (første uke), den neste består av en tverrfaglig vurdering og praktisk utprøving

basert på de særfaglige vurderingene, mens den siste fasen består av resultatoppfølging og overføring til oppfølgende instanser.

Hva er nevropsykologens arbeidsområde under disse vurderingene?

Det gjøres alltid en utredning av kognitiv funksjon gjennom en bred nevropsykologisk undersøkelse. Det er blant annet viktig å undersøke psykomotorisk tempo og simultankapasitet, konsentrasjonsevne, trettbarhet, hukommelse, læringsevne, språklig funksjon og reguleringsfunksjon (inkludert selvinnsikt). I tillegg kan det i mange tilfeller være aktuelt å utrede om pasienten har psykiske vansker som for eksempel depresjon, angst og/eller personlighetsforandringer etter skaden og vurdere behandlingstiltak som kan bedre dette. Gjennom samtaler får vi også et inntrykk av motivasjon og livssituasjon generelt. Psykologen deltar også i simulerte arbeidsdager, i møter med arbeidsgiver her eller i enkelte tilfeller under besøk på arbeidsplassen, og har i mange tilfeller også kontakt med pårørende.

Hvor mye vekt synes du det er naturlig å legge på funn ved nevropsykologisk undersøkelse i forhold til andre viktige faktorer og vurderinger? Kognitiv funksjon er viktig i alle arbeidssituasjoner, om enn i mind-

re grad for eksempel ved enkelt rutinearbeide. I tillegg er mange andre faktorer svært viktige, så som fysisk og praktisk funksjon og sosial atferd. Derfor er det så viktig at det gjøres en tverrfaglig vurdering.

Dere har en simulert arbeidsdag under oppholdet. Kan du forklare litt om hva det er?

Under oppholdet prøver vi å ha en slik dag som skal ligne så mye som mulig på pasientens jobb. Det lages et program som pasienten skal følge og en vurderer blant annet utholdenhet, trettbarhet, konsentrasjon og ulike ferdigheter. Samtidig er dette en kunstig situasjon som en ikke kan trekke altfor vidtgående konklusjoner fra. Det beste ville vært å få sett pasienten i dennes virkelige jobb, noe vi enkelte ganger får til, men som regel må vi forholde oss til det vi får til her.

Hvordan skjer samarbeidet med pasienten og dennes arbeidsplass eller andre oppfølgende instanser?

Det velges en koordinator i teamet for den enkelte sak. Denne tar gjerne kontakt med arbeidsplass, pårørende og eventuelle andre instanser, for eksempel trygdekontor eller bedriftshelsetjeneste. Vi henviser til behandlere hvis vi ser et potensial for bedring av funksjon.

Yrkesvurderinger er blant de arbeidsoppgavene du har nevnt at du synes er mest engasjerende i vurderingsteamet, - hvorfor?

Det tverrfaglige samarbeidet er spesielt viktig ved disse oppholdene og det synes jeg er spennende og utfordrende å delta i. Utredningene må være grundige, en blir ganske godt kjent med pasientene og job-

ber med noe som er svært viktig for mange av dem.

Hvis du kunne velge helt fritt, hvordan skulle du ønske deg at programmet kunne forbedres ?

Jeg ville nok ønsket at vi oftere kunne sendt en eller flere fra teamet på arbeidsplassbesøk. Det ville også vært gunstig om oppfølging over tid ble mer systematisert gjennom kontroller, f.eks. etter 1/2, 1 og 2 år. Det ville både gi muligheter for å systematisere erfaringer, evaluere programmet og å hjelpe pasienter i vanskelige situasjoner som måtte oppstå. Vi har tidligere hatt en poliklinikk med lege som kunne følge noe opp, men dette kan vi i mindre grad tilby i dag.

Hvordan går det egentlig med personer som har hatt slag eller fått en hodeskade og vil prøve seg i arbeidslivet igjen?

Det er nok et mindretall som kan gå tilbake til sitt tidligere arbeide eller tilsvarende i 100 % stilling. Mange må ha redusert arbeidstid og/eller andre og ofte enklere arbeidsoppgaver. Noen må skifte arbeide ut fra fysiske eller sansemessige utfall mens andre må gjøre det pga. kognitive utfall. Endel må uføretrygdes. Ofte kan vi ikke vite sikkert etter vår vurdering om pasienten kan arbeide eller ikke, men vi kan gi råd for hvordan dette kan prøves nærmere ut på en best mulig tilpasset måte på arbeidsplassen før konklusjon trekkes. I endel tilfeller vil trygdeetaten kreve at arbeidsevnen prøves ut i praksis, nærmest uavhengig av vurderingene, særlig hvis pasienten er ung. Vi tror at personer som allerede har et godt og gjerne langvarig arbeidsforhold er de som klarer seg best. Det er vel en erfaring at mange med hjerneska-der faller ut av arbeidslivet over tid, særlig hvis de ikke aktivt følges opp.



SVERRE ANDRESEN

En del nyttige pekere til Internett.

JINS

En god grunn til å melde seg inn i INS er foreningens tidsskrift Journal of the International Neuropsychological Association. Foreningens medlemmer vil nå ha muligheten til å søke i eller å laste ned artikler fra tidsskriftet i full-tekst. INS-medlemmene vil motta en medlemsforenings-kode og en personlig kode som gir tilgang til denne tjenesten. Nye medlemmer av INS vil dermed kunne få tilgang på tidligere årganger av tidsskriftet, helt tilbake til 1997. Hvis du ikke er INS-medlem, vil du fremdeles kunne lese innholdsfortegnelse og abstracts. Internett-adressen er: <http://journals.cambridge.com>.

American Psychological Association.

Den amerikanske psykologforeningens hjemmeside er meget omfattende og med et stort tilbud av psykologrelevant materiale. Medlemmer av andre lands psykologforeninger kan for en relativt rimelig penge tegne assosiert medlemskap. Dette gir bl.a. muligheten til å søke på de siste årgangene av Psychlit som er en meget innholdsrik database. Den omfatter også en del nevropsykologisk relevante tids-

skrifter som ikke inngår i Medline og er gratis tilgjengelig. Man kan også søke på bøker og bok-kapitler, noe som ikke dekkes av Medline. Adressen er: <http://www.apa.org>

Anders Gades database.

Vi anbefaler også vår danske kollega Anders Gades litteraturlatabase over utvalgt nevropsykologisk litteratur som du kan finne på vår danske søsterforenings hjemmesider. En del kolleger vil ha erfaring med denne databasen via utsendelser på diskett eller CD-rom, men den er nå også lagt ut på en webserver og er enkelt tilgjengelig på Internett. Prøv adressen: <http://www.open-rehab.com/ris/risweb.isa>.

Medscape

Medscape er en nyttig biomedisinsk webside som gir ut original informasjon på det medisinske feltet. Dette nettstedet gir nyttige oversikter og nyheter innenfor forskjellige medisinske disipliner. De publiserer også en god del nyttige oversiktsartikler og andre originalartikler. Man kan også be om nyhetsbrev pr epost innenfor de temaene man er interessert i. Undertegnede har god erfaring med slike nyhetsbrev vedr. psykiatri og nevrologi/nevrokirurgi hvor det jevnlig kommer stoff som absolutt er av interesse for nevropsykologer. Første gang man bruker Medscape må man registrere seg og opprette brukernavn og passord. For øvrig er

tjenesten gratis. Adressen er <http://www.medscape.com>.

Epost-konferanser.

Det finnes flere internasjonale nevropsykologiske epostkonferanser som inneholder mye nyttig informasjon. Vi vil i denne omgang anbefale to av disse konferansene. De er begge adgangsbegrenset for psykologer og man må søke om å bli medlem. Adgangsbegrensningen sikrer en viss kvalitet på innholdet, selv om det til tider kan være mye smalltalk og vel interne diskusjoner. På disse konferansene er det til tider mye aktivitet og glødende debatt. Har man faglige spørsmål eller kommentarer, er man sikret respons. Dette er en god mulighet for å knytte internasjonale kontakter og holde seg orientert om hva som skjer på feltet internasjonalt og mange internasjonale kapasiteter deltar også. En liten advarsel: Trafikken på flere av disse konferansene er såpass stor at du vil motta store mengder epost. Da undertegnede kom fra sommerferie i fjor lå det hundrevis av uleste epost-meldinger i innboksen på epostprogrammet. Det lønner seg derfor å sette seg inn i epost-programmets funksjoner for å sortere epostmeldinger etter avsender og tema, slik at slike diskusjonsinnlegg automatisk blir plassert i en egen mappe. Hvis ikke vil man lett drukne i en syndflod av meldinger.

Den største av disse konferansene er NPSYCH som omhandler alle temaer i klinisk nevropsykologi, med klar hovedvekt på voksen-nevropsykologi. Majoriteten av deltakerne er amerikanske nevropsykologer. Konferansen reflekterer i stor grad amerikanske forhold, men det er også en god del europeisk deltakelse. Det er gode diskusjoner vedr. testmetodikk og kliniske problemstillinger. Konferansens deltakere deler raust av kunnskap, litteratur-referanser og

det er alltid friske diskusjoner vedrørende normer. Denne gruppen blir administrert av David Loring ved department of Neurology, Medical College of Georgia som er en ledende nevropsykolog innen epilepsifeltet. Denne gruppen kan du melde deg på ved å gå inn på webadressen: <http://www.neurolist.com> og klikke på lenken *enter NPSYCH*. Før du blir godkjent som medlem, må du gi en kort redegjørelse for din faglige bakgrunn. Konferansen er forbeholdt nevropsykologer, men du trenger ikke være godkjent spesialist eller sende inn attestert dokumentasjon.

Den andre konferansen vi vil presentere nå, er The International Mail List for Pediatric Neuropsychologists. Slik navnet antyder omhandler denne barnenevropsykologi. Kvaliteten på innleggene her er også god, men med noe lavere deltakerantall. Også her vil man kunne komme i kontakt med ledende internasjonale størrelser innen klinisk nevropsykologi og hele spekteret av barnenevropsykologiske problemstillinger blir dekket. Du kan abonnere på denne via epost til listserv@tc.umn.edu ved å skrive "subscribe ped-npsy [ditt fornavn] [ditt etternavn]" i meldingsfeltet på epostmeldingen (ikke bruk emne-feltet).

For en omfattende oversikt over tilgjengelige konferanser i nevrovitenskapene, anbefaler vi denne lenken: http://www.epub.org.br/cm/lists_i.htm. Denne listen er ikke komplett, men gir en god oversikt over en mengde aktuelle konferanser.

Vi mottar gjerne tips om andre lenker og epostkonferanser til Nevropsykologi.

Vennligst send epost til webmaster@nevropsyk.org.

Mental and behavioural dysfunction in movement disorders.

Internasjonalt symposium i Montreal, Canada,
10 – 13 oktober 2001

ASTRI J. LUNDERVOLD
Seksjon for klinisk nevropsykologi, UiB

Bakgrunnen for symposiet var et ønske om å samle forskere og klinikere fra ulike spesialiteter for å belyse affektive, kognitive og atferdsmessige svikttegn som ofte opptrer ved bevegelsesforstyrrelser. Konferansen var støttet av "Movement Disorder Society", som også gir ut abstraktene fra symposiumet som et særnummer av sitt tidsskrift "Movement Disorders". Listen over inviterte foredragsholdere og navn på de som presenterte sine arbeider viste at konferansen samlet nevrologer, nevrokirurger, psykiatere så vel som psykologer med interesse for klinisk og/eller eksperimentell nevropsykologi.



De generelle målsettinger med symposiet var at deltakerne etterpå kunne:

1. Identify the expression of cognitive, affective and behavioural dysfunctions in different movement disorders.
2. Differentially diagnose dementia, depression and psychosis across the movement disorders.
3. Identify the anatomy and physio-

pathology of the cognitive, affective and behavioural dysfunctions in movement disorders.

4. Recognize the value of neuropharmacological, neurophysiological, neuropsychological and neuroimaging assessment.
5. Critically evaluate the current treatment of the neuropsychiatric conditions in movement disorders.

For å oppnå dette var det forelesninger med tema som "International consensus conference on drug therapy for the psychiatric manifestations in Huntington's disease"; "Dementia in movement disorders"; "Cognition in movement disorders"; "Neuropsychiatric aspects of movement disorders"; "Linking psychiatric syndromes and movement disorders"; "Neurophysiology of cognition in movement disorders"; "Quality of life in Parkinson's disease"; "New perspectives for studying mental dysfunctions in movement disorders".

I tillegg ble det gjennomført plattform sesjoner med tema som "Neuroanatomy, neuropathology & genetics; Neuropsychology; pharmacology; psychiatry; neuroimaging, og Epidemiology & diagnosis", og satelitt symposier ("New perspectives for the treatment of dementia; Psychosis in Parkinson's disease" og

”Clinical management of anxiety disorders in Parkinson’s disease”).

Fra Norge deltok Espen Didrichs (nevrolog), Dag Aarsland (psykiater), Randi Starrfelt (psykolog) og undertegnede.

Hva lærte jeg av å delta på symposiet? Første målsetning var å identifisere utfallene ved bevegelsesforstyrrelsene. Bortsett fra fokus på psykoser og angst, var det kliniske bildet kjent fra det som tidligere er karakterisert som ”subkortikal demens”.

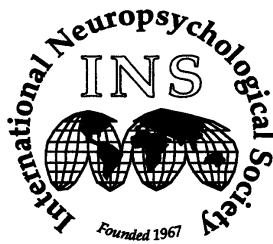
Differensialdiagnosen mellom det kognitive og affektive ble bekreftet å være svært vanskelig, likeså betydningen av ulike behandlingsmetoder. Både farmakologisk og kognitiv/sosial terapi ble beskrevet, men uten overbevisende oppfølgingsstudier.

Flere interessante forelesninger beskrev nevralt nettverk som omfatter kortikale og subkortikale strukturer. En neuroanatom ved navn S. Haber ga en flott oversikt over kompleksiteten i dette, eller rettere sagt, disse nettverkene, og hvordan nettverkene er koblet sammen. Som Yves Agid (Dr. Med ved Hôpital de la Salpêtrière, Paris) noe senere framhevet gir en slik kunnskap om nettverk, kunnskap om hvordan enkeltceller ”snakker” med hverandre, kunnskap om hjernens plastisitet og en rekke andre kjente og ukjente mekanismer grunn til å være skeptisk til tanken om at våre kliniske funn kan knyttes direkte opp til anatomiske modeller. Han anbefalte derfor at vi ikke bør snakke om basalganglienes funksjonelle anatomi, men om hvordan basalgangliene bidrar til ulike typer funksjoner.

I tillegg til mange faglige inntrykk, ga også konferansen grunn til ettertanke. Konferansen pekte på viktigheten av samarbeid mellom ulike faggrupper, men viste også hvor vanskelig det kan være å ”forstå” hverandre. Vi definerer ofte det kliniske bilde svært forskjellig og arbeider med fenomener på ulike nivåer. Yves Agid stilte spørsmålet om det er mulig å finne årsaken til et klinisk bilde i et av hjernens nevralt nett. Han konkluderte med at det var mulig, men ikke enkelt. For å oppnå dette er det behov for nye modeller og ideer om hvordan vi skal forstå menneskets høyere mentale funksjoner.

Hva kan så nevropsykologen bidra med? Klinisk nevropsykologi har de senere år utviklet seg til en vitenskap der både kognitiv psykologi og nevrologi står sentralt. Det har gitt oss modeller og begreper som vi benytter ved tolkning av våre funn, så vel som til å utvikle nye teknikker for kartlegging. J.S. Paulsen fra Department of Psychiatry and Neurology, University of Iowa College of Medicine, ga en oversikt over hvordan nevropsykologien har utviklet seg fra å benytte omfattende testbatterier som er svært sensitive, til å finne fram til undersøkelsesmetoder som er betydelig mer spesifikke. Ved bevegelsesforstyrrelser er dette nødvendig både for å kunne studere endring over tid, og ikke minst for å komme fram til tidlige endringer. Begge disse forhold er svært viktig for tidlig igangsetting av behandling så vel som for å kunne overvåke endringer som skjer over tid, med eller uten behandling.

INS 24th Mid Year-Meeting Stochholm 24-27 juli 2002



Jarl Risberg, leder for kongressen programkomité har sendt oss en presentasjon av det vitenskaplige programmet. Det vil nok gå lang tid før det kommer en lignende sjanse til å høre internasjonale frontforskere forelese "i nabolaget" om de siste forskningsfunn. Dette er m.a.o. en kongress du ikke bør gå glipp av!

JARL RISBERG

Sommarens store hendelse for SNPF og for våre nordiske systerforeninger er INS 24:th Mid-Year Meeting, som äger rum i Stockholm 24-27 juli. Bakom det vetenskapliga programmet står dels en Nordisk organisationskommitté, som främst arbetat med de inviterade föredragen och symposierna, och dels en programkommitté, som bedömt och arrangerat de insända bidragen. Programmet finns utlagt på SNPF:s hemsida (<http://www.neuropsykologi.org>) och kommer från mars månad att också finnas i tryck för distribution till alla medlemmar i INS och de nordiska neuropsykologiska föreningarna. Utöver det vetenskapliga programmet finns det ett vidareutbildningsprogram (s.k. CE-courses), vilket består av fem halvdagskurser som ges

av mycket kvalificerade internationella lärare. Samtliga kurser är förlagda till den 24 juli dvs. dagen innan kongressens huvudprogram börjar. Mer information om kurserna finns på föreningens hemsida.

Det vetenskapliga programmet vid INS-mötena omfattar av tradition presentationer inom alla neuropsykologins delområden och så är fallet även vid detta möte. Vid vårt val av inviterade talare och symposiearrangörer har vi dock försökt göra två aktuella forskningsfält extra slagkraftigt och rikligt representerade i programmet "neuronal plasticitet" och "funktionell hjärnbildning". Av de sex talare vi bjudit in kommer tre att i sina föredrag fokusera på hjärnans plasticitet. Ett mycket omdiskuterat forskningsfält är som bekant stamcells-forskning, som även omfattar stamceller

som kan bli hjärnceller. En lundsisk mycket framstående forskare inom området, Anders Björklund, kommer i ett föredrag med titeln "Stem cells and brain repair – recent progress and future perspectives" att förmedla de senaste rönen inom området och diskutera möjligheterna att i framtiden reparera en hjärnskada med hjälp av stamceller. Efter denna utblick mot framtiden kommer Joan Stiles från University of California i San Diego att i sitt föredrag "Neural plasticity and cognitive development" beskriva hjärnans plasticitet och förmåga till läkning och omorganisation under olika faser av hjärnans utveckling. I sina egna undersökningar har hon studerat stora grupper av barn med tidiga fokala hjärnskador. Andra aspekter på hjärnans plasticitet kommer att ges av Christo Pantev från Toronto, som med neurofysiologisk teknik har studerat träningsrelaterade förändringar av hjärnbarkens funktionella organisation hos musiker. Av hans föredrag "The competition for cortical space: Training induced plasticity and music" kommer det att på ett fascinerande sätt att framgå att plastiska hjärnförändringar ligger bakom uppövandet av olika färdigheter och förmågor. Hjärnans plasticitet kommer också att behandlas vid ett symposium som har titeln "Mapping the neuroplasticity of memory" och som leds av Agnes Chan från Hong Kong. De studier som där presenteras kommer bl.a. att handla om barn med svåra minnesproblem efter tidiga temporala skador. Vid några av studierna har funktionell hjärnavbildning med magnetkamera använts. Ett annat symposium, organiserat av Janet Cockburn från Reading i Storbritannien, har titeln "Identifying subtle changes in motor control after stroke". Här kommer bl.a. fMRI-förändringar (funktionell hjärnavbildning med hjälp av magnetkamera) hos strokepatienter att visas i samband med att

de genomgår rehabilitering av motoriska funktioner.

För den som är intresserad av forskning om minnet finns det mycket att hämta i programmet. Nestorn bland minnesforskare, Endel Tulving, kommer att hålla ett plenarföredrag med titeln "Episodic memory, yesterday and today" och kommer därutöver att delta i ett symposium organiserat av vår egen Lars Nyberg betitlat "Imaging memory functions in healthy and damaged brains". Här kommer Tulving att diskutera sin HERA (Hemispheric Encoding/Retrieval Asymmetry) -modell och hur denna har stått emot tidens tand under åtta år av kritiska empiriska tester. I detta inviterade symposium kommer Hans Markowitsch från Tyskland att presentera nya och spännande fMRI och PET (positron emissions tomografi) -fynd från personer med minnesstörningar orsakade av stress och psykiskt trauma. Dessa fynd kommer att jämföras med resultat från patienter med lokala lesioner efter hjärnsjukdom, bl.a. kommer PET-fynd vid amnestiska syndrom att beskrivas av den franske forskaren Francis Eustache. Lars Nyberg själv kommer att berätta om hur träning av minnet kan ge upphov till förändringar av hjärnans funktionella system.

Stephen Rao från Milwaukee, Wisconsin, är en mycket framstående forskare inom funktionell hjärnavbildning och han kommer i ett inviterat föredrag att beskriva sina fascinerande studier av hjärnmekanismer bakom uppfattningen av tid. Han använder en av de mest avancerade av de nya avbildningsmetoderna – event-related fMRI. Resultaten visar att bakom processandet av tidsmässig information finns dynamiska nätverk omfattande såväl cortikala som subcortikala områden.

Kenneth Hugdahl från Bergen blev inviterad att organisera ett symposium kring temat "Neuroimaging of language and music". Här kommer svenska, finska och norska forskare att presentera forskningsresultat baserade på olika metoder för funktionell hjärnabbildning: fMRI, PET, ERP (Event-Related Potentials) och MEG (Magnetencefalografi). Föredragen belyser bl.a. hur störd uppmärksamhet påverkar språkuppfattningen och hur olika dialekter uppfattas av systemen i hjärnan. Likaså kommer studier av förändrad språklig hjärnorganisation vid analfabetism att presenteras liksom avvikande processande av ljud-stimuli hos dyslektiker. Detta spännande symposium kommer att avslutas med en presentation av elektrofysiologiska studier av upplevelandet av musikaliska ljud.

Ett av de inviterade föredragen rör ett mycket aktuellt ämne inom barnneuropsykologi och neuropsykiatri – utveckling av bättre behandling vid ADHD. James Swanson från University of California, Irvine, kommer att beskriva såväl framsteg rörande farmakologisk behandling som metoder för framgångsrik psykosocial intervention.

Neuropsykologin har som bekant under senare år kommit att närma sig filosofin, vilket avspelar sig i ett av de inviterade symposierna som har titeln "Consciousness". Den välkända finska auktoriteten inom området, Antti Revonsuo, organiserar ett symposium, vilket kommer att spegla aktuell gränsöverskridande forskningen kring medvetandets neuropsykologi. Här kommer finska forskare att bl.a. presentera studier där EEG och MEG används för att

belysa hjärnmekanismer bakom visuella medvetandeprocesser. Drömsömnens biologiska betydelse kommer att behandlas i ett annat av inläggen.

Ett annat psykologiskt begrepp, som kommer att behandlas ur ett neuropsykologiskt perspektiv, är "kreativitet". Kenneth Heilman från Gainesville, Florida, har av presidenten för INS, Leslie Gonzalez-Rothi, blivit inbjuden att hålla "The Birch lecture" vilken har fått titeln "Creativity: From Einstein to autism". Kenneth Heilman kommer att knyta samman den kreativa förmågan med såväl hjärnanatomiska variationer som med neurokemiska faktorer. Presidenten själv kommer traditionsenligt att hålla ett av plenarföredragen vilket kommer att handla om apraxi vid degenerativa sjukdomar.

Utöver de inviterade programpunkterna består programmet av 48 fria föredrag fördelade på 12 sessioner och drygt 100 posterpresentationer. En mängd olika områden inom experimentell neuropsykologi såväl som klinisk vuxen- och barnneuropsykologi är representerade. Jag tror att det, oavsett personliga specialintressen, alltid skall finnas något av intresse att ta del av under alla kongressdagarna. Det kommer att dröja länge innan det kommer en liknade chans att på hemmaplan få höra frontforskare föreläsa om de senaste forskningsrönen. Så missa inte chansen! Information och anmälningsblanketter kommer per post och finns också på SNPF:s och INS:s hemsidor (<http://www.neuropsykologi.org> resp. www.osu.edu/ins).

Vi ses i Stockholm i slutet av juli!

Norsk Forum for Nevropsykiatri (NFN) - et nytt faglig forum

IVAR REINVANG
Psykologisk institutt, UiO

Norsk Forum for Nevropsykiatri springer ut av en rekke uformelle møter gjennom flere år organisert av leger og psykologer tilknyttet Rikshospitalets Nevrologiske og Psykosomatiske avdelinger. Hensikten har vært å belyse ulike kliniske problemer fra både nevropsykologisk, nevrologisk og psykiatrisk synsvinkel og fremme samarbeid mellom disse spesialitetene. Det utviklet seg etter hvert et ønske om å lage en mer formell ramme for et slikt faglig forum, og et interimstyre inviterte til stiftelsesmøte i Oslo i oktober 2001. Der ble det behandlet vedtekter og et styre ble formelt valgt.

Lederen for NFN er Leif Gjerstad (nevrolog), og nestleder er Dag Årslund (psykiater). Styret har 7 medlemmer som er valgt for 2 år, og nevropsykologene i styret er Astri Lundervold og Ivar Reinvang. Det var vanskelig å finne et navn på forumet som dekker alle de aktuelle spesialiteter uten å bli for bredt. Nevropsykiatri har i USA kommet til å bli en betegnelse som brukes for den samme integrerte faglige tilnærming som vi tilsikter, og det finnes organisasjoner som representerer denne tilnærmingen (se hjemmesiden til American Neuropsychiatric Association- www.neuropsychiatry.com). Navnet på forumet ble derfor vedtatt etter noe diskusjon på stiftelsesmøtet.

NFN har ikke noe medlemskap, men forumets aktiviteter annonseres for de aktuelle faggrupper, og personer som deltar på møter og oppgir mail adresser kan settes på en mailing liste. For nevropsykologer er det verdt å merke seg at spesialister og utdanningskandidater i nevrob-

gi, nevropsykologi, psykiatri samt forskere med bakgrunn i nevrovitenskap og andre i relaterte disipliner har møte- og stemmerett ved årsmøtet. Av vedtektene framgår at målsettingen er tredelt,

A. Arrangere eller medvirke til å arrangere møter, kurs el. lignende.

B. Samarbeide med relevante faglige organisasjoner og personer i inn- og utland.

C. Selv initiere, eller på oppdrag av andre, utrede spørsmål relatert til nevropsykiatri/ klinisk nevrovitenskap.

NFN kan søke støtte av sponsorer, men skal ikke binde seg til noen enkelt sponsor over tid.

Aktivitetene må utvikles gradvis, men på det første styremøte ble det avtalt at vi tar sikte på å holde en workshop med spesialisert tema hvert år, og at årsmøtet skal ha et faglig program med bredere appell. Workshop i år vil ha tema elektrofysiologi (EEG og ERP) i nevropsykiatri. Årsmøtet vil bli koordinert med Norsk Nevropsykologisk Forenings årsmøte. Nærmere informasjon om møtene vil bli gitt separat. Andre oppgaver som ble diskutert på første styremøte var utarbeidelse av forslag til faglige standarder for tverrfaglig utredning av nevropsykiatriske problemstillinger. En arbeidsgruppe jobber videre med dette.

Det viste seg på stiftelsesmøtet at nevropsykologene er en tallmessig stor gruppe innen dette feltet, og styret i NFN har uttrykt et klart ønske om å gjøre forumet attraktivt for nevropsykologer. I år vil styret derfor legge årsmøtet på et tidspunkt som er gunstig for oss, men styret er innstilt på å være fleksible både i valg av møtesammenkoblinger og i kontakt med sponsorer.

Årsmøte 2002

31. oktober-2 november

SAS Radisson hotel, Oslo

**TEMA:
NEVROPSYKOLOGI I RELASJON TIL
PSYKOPATOLOGI/PSYKIATRI**

Torsdag 31. oktober:

Årsmøtekurs

Fredag 1. November:

Hovedforelesning ved Terry Goldberg, National Institute of Mental Health
Forelesning ved Thomas McAllister, president i American Neuropsychiatric
Association (ANPA)

Lørdag 2. November:

Årsmøte

Øvrige detaljer kommer senere

NB: Norsk Forum for Nevropsykiatris årsmøte vil bli koordinert med NNFs årsmøte og avholdt
onsdag 30 oktober og formiddag torsdag 31. Oktober, samme sted.

Fra NNF-bulletin:

Ny Mailgruppe

Det har vært en del problemer med vår mailgruppe. Vi har derfor vært nødt til å opprette en ny mailgruppe for våre medlemmer. Denne har fått navnet NNF-bulletin@yahoo.com. De som var medlem av den forrige gruppen, er allerede innmeldt i den nye gruppen. Hvis du ønsker å bli medlem av den nye mailgruppen, oppfordrer vi deg til å kontakte webmaster@nevropsyk.org. Alle registrerte medlemmer av NNF kan bli medlem av den nye gruppen.

Denne meldingen er sakset fra nevrologi-bulletinen til www.medscape.com.

Medscape har flere nyhetstjenester som kan være informative for nevropsykologer. Det er tematisk ukentlige nyhetsbulletiner for psykiatri, pediatri, nevrologi og nevropsykologi

Frontostriatal pathway may be involved in Tourette Syndrome Pathophysiology

Introduction

NEW YORK (Reuters Health) Jan 23 - The volumetric composition of frontal lobe tissue appears to distinguish patients with Tourette syndrome (TS), according to a report in the January 8th issue of *Neurology*. This suggests frontostriatal pathway involvement in the pathophysiology of the disease.

Previous data have shown abnormalities of cortico-striatal-thalamo-cortical circuitry in TS, according to Dr. Walter E. Kaufmann and colleagues from The Johns Hopkins University School of Medicine in Baltimore. To look for a TS or ADHD factor, the researchers studied frontal and nonfrontal gray and white matter compartment volumes in 11 boys with TS only, 12 boys with ADHD only, 14 boys with TS and ADHD, and 26 healthy boys.

"The composition of the frontal lobe, a region of the brain involved in the regulation of cognitive and motor function, as well as of certain behaviors, is different in boys with Tourette syndrome," Dr. Kaufmann told Reuters Health. "Specifically, there is relatively more white matter in the Tourette right frontal lobe."

"Since the white matter of the frontal lobe includes pathways (fiber bundles) that connect this region with the deeper structures (i.e., striatum, thalamus) involved in specific motor and cognitive processes, these anatomical findings can explain some of the neurologic manifestations of Tourette syndrome," Dr. Kaufmann added.

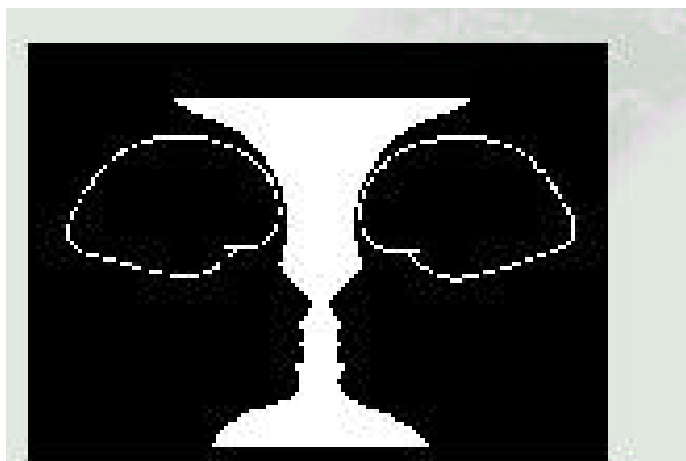
"These include the involuntary motor and phonic tics that characterize the condition, as well as some of the learning and behavioral problems that affect children with Tourette syndrome," he said.

The researchers observed an association between the presence of ADHD and reduced frontal lobe volumes, which they note has been previously reported. "Our results suggested this decrease to be attributable to smaller volumes of frontal gray matter, particularly on the left side," they report.

Neurology 2002;58:85-89.

Returadresse:

Norsk Nevropsykologisk Forening
Seksjon for klinisk nevropsykologi, UiB,
Årstadveien 21
5009 Bergen



Styret i Norsk Nevropsykologisk Forening 2002

Leder: Erik Hessen
Nestleder: Ivar Reinvang

Faste medlemmer:

Sverre Andresen
Grete Bryhn
Knut Hestad

Varamedlemmer:

Jan Høyersten
Nils Inge Landrø
Astri Lundervold
Marit Matheus
Gro Strømnes